

セコム健康くらぶ

KENKOO

2019
vol.50



神奈川県箱根町／芦ノ湖

会員セミナーのご報告

第1特集 「脳卒中の予防とリハビリテーション」

講師：医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院 院長 菅原 栄和 先生

第2特集 気になる臓器「脾臓」のお話

四谷メディカルキューブ 内科診療部長・消化器内科 伊藤 慎芳 医師

- ピックアップインフォメーション 「親子で学ぶ 老後の住まい方セミナー」
- HOT NEWS スタッフのご紹介
ミクニマンスール 村上弘忠シェフの「季節の一皿」
- さあ ほね休めの旅へ 「秋色の箱根を旅しよう」

脳卒中の予防とリハビリテーション

医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院 院長
菅原 栄和 先生

5月18日、セコム医療システム株式会社提携病院である初台リハビリテーション病院院長の菅原栄和先生をお招きして、会員セミナーを開催いたしました。

当初は外科医を目指していたという菅原先生ですが、研修医時代リハビリテーション科に在籍した際、脳卒中で自分で座ることすらできなかった患者様が、数カ月のリハビリによって自分で歩いて帰っていく姿を目の当たりにして以来、リハビリテーション医療の道を極めてこられました。職域の壁を取り除いたチーム医療で評判の初台リハビリテーション病院では、患者様からも「菅原さん」と呼ばれ親しまれているという菅原先生に、回復期リハビリテーション病棟の現場のお話を講演いただきました。



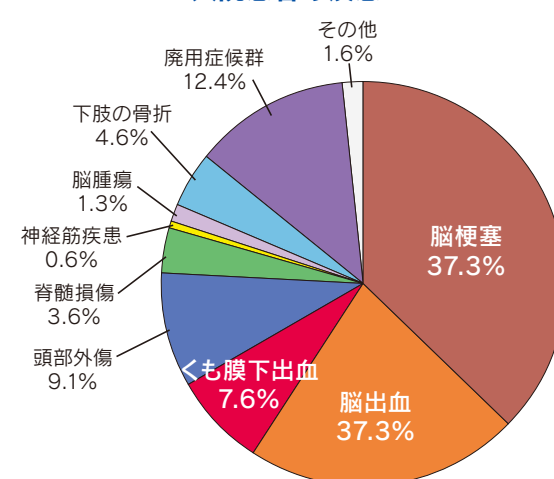
profile すがわら ひでかず

平成4年、東京慈恵会医科大学卒業。東京都リハビリテーション病院、ニュージャージー医科大学留学、東京慈恵会医科大学リハビリテーション付属病院、中伊豆リハビリテーションセンター、東京都立大塚病院リハビリテーション科、初台リハビリテーション病院を経て現職。日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、回復期リハビリテーション病棟協会理事、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士。

リハビリテーション専門病院の患者様の多くが脳卒中

私の勤めている初台リハビリテーション病院は、2002年に開設された、渋谷区にあるリハビリテーションの専門病院です。リハビリの病棟に170床あって、年間延べ人数600、700人の患者様が入院されています。また退院後の外来、介護保険の通所リハビリ、病院から半径5キロ以内にお住まいの患者様への訪問リハビリなども行っております。入院している患者様は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血といわゆる脳卒中の方が約3分の2を占めています【資料1】。発症後1カ月ほどで当院に入られて、平均3カ月の入院生活の後、自宅に帰られる方はだいたい7割強という状況です。

【資料1】初台リハビリテーション病院 入院患者の疾患



水分を制限しすぎるのはよくありません。

日本の回復期リハビリテーション病棟は世界最先端

脳卒中を発症すると、意識障害が起こったり、手足が動かなくなったり、ふつうに見ても尋常ではない状況になります。救急車で大学病院などの急性期病院に運ばれ、まずは救命、そして最近ではリハビリも翌日には開始されます。症状が軽くてそのまま退院できればいいのですが、多くの方は手足の麻痺などいろいろな症状が残ります。当院のような回復期リハビリテーション病棟と呼ばれるリハビリ専門病院に移って集中的にリハビリを行うこととなります。そこで失われた機能の回復や、日常生活の能力向上のための訓練をして、自宅に帰ることを目指します。さらに退院後も自宅での生活機能向上、社会復帰あるいは社会参加を目指すという流れになっています。

この「急性期→回復期→在宅」という流れは、日本では全国ほぼどこでも当たり前になっていますが、このシステムがあるのは、実は世界中で日本だけなのです。アジアでは、リハビリ病院が存在せず、急性期病院からそのまま家に帰るといふ国がほとんどです。アメリカなども、リハビリ病院はあっても非常に少ないので、1カ月程度で帰されてしまうことが実情です。これに対し日本では、脳卒中の場合、3カ月から6カ月入院するという、十分なリハビリを行うシステムが整っています。これは地域医療構想・

脳卒中の原因と予防

現在、日本の脳卒中の方の総数は117万人、がんの方が101万人といわれていますので、かなり患者数が多い病気です。障害者手帳を持つている方は全国に400万人ほどいますが、そのうちの10%が脳卒中といわれています。また介護保険の要介護になる方の4分の1、施設に入所される方の3分の1も脳卒中の方です。脳卒中は医学的な専門用語では脳血管障害といつて、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、この3つの病気の総称です。

心臓から脳まで動脈が届き、脳の隅々まで血液が行き渡るわけですが、この太い動脈が血栓で詰まると、その先が酸欠状態になって脳に障害を及ぼします。これが脳梗塞といわれるものです。おおもとの太い血管が詰まると、かなり広範囲な脳梗塞になり、細い血管が詰まればそこだけの梗塞で範囲は狭くなります。このように、どこかの場所が詰まるかによって、どのくらいの範囲が障害となるかが決まります。脳出血は脳の中の細い血管が破れて出血が起こる状態です。くも膜下出血は脳の外側の血管が破れてしまったことによる出血です。

脳卒中は、いわゆる三大生活習慣病に該当する方がなり

やすいといえます。血圧が高い方、糖尿病の方、コレステロール値の高い方は、どうしても動脈硬化といつて血管の弾力性がなくなつて硬くなりますので、血管が詰まりやすくなつたり破れやすくなつたりします。

高血圧も糖尿病も脂質異常症も、最初はまったく症状がありません。ですから何もしないと気づかないで進行していることがあります。毎日の血圧測定や定期的な血液検査を行えば、何か問題があると数値に表れてきますので、これを欠かさないことが重要です。もし問題が指摘された場合は、食事療法や服薬などでコントロールしていきます。また、心房細動、不整脈があつたり、心臓や血管の大きな手術をされた方などは、心臓に血の塊ができてやすくなり、それが脳に飛ぶと脳梗塞になる恐れがあります。ですから定期的に心電図の検査をして、不整脈などがみつかったら、血液をサラサラにする薬を飲んで血栓ができるのを予防します。

先ほど高血圧が脳卒中のリスクファクターといいましたが、実は低すぎる血圧というのもなくありません。血圧が下がると脳への血液量が減るからです。120から130くらいがちょうどいいので、それ以下にしないようにしていただきたいと思ひます。

脱水にも注意が必要です。脳卒中というと冬の場の病気と思つたかもしれませんが、夏場も水分を摂らずに炎天下に出たりすると、血液の量が減つてしまつて脳梗塞のリスクが高まります。夏冬問わず水分をしっかり摂ること。とくに夜間のトイレがたいへんだからといって寝る前に



◀講演後には、ご自身が脳卒中を患った経験のある方、ご家族の介護をされている方から、退院後の自宅でのリハビリなどについての質疑が多数あり、それぞれに親身にお答えいただきました。

脳卒中の予防とリハビリテーション

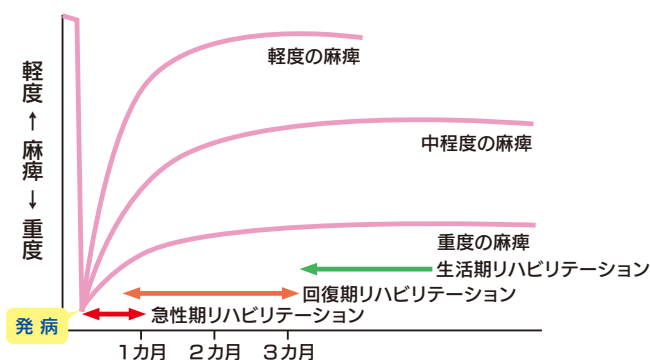
【資料2】脳血管障害の後遺症

障害	症状
運動麻痺	右片麻痺=右の手足が動かない
運動失調	手が震えて不器用になる、バランスが悪くて座れない・立てない、転びやすい
感覚障害	感覚が鈍くなる、しびれ、痛み
視覚障害	視野が狭くなる、ものが二重に見える、人の顔が認識できない
嚥下障害	食べるとむせる、飲み込めない、誤嚥性肺炎
失語症	人の言葉が理解できない、自分の言いたいことが言えない、間違った言葉が出てしまう
構音障害	発音が不明瞭になる
高次脳機能障害	集中できない、疲れやすい、考えがまとまらない、判断力・記憶力の低下、左側にあるものに気づかない、道具の使い方を混乱
神経因性膀胱	排尿できない、頻尿、失禁、尿路感染症

【資料3】片麻痺の重症度評価

ステージ	上肢・下肢	手指
I	動きなし(弛緩性麻痺)	動きなし(弛緩性麻痺)
II	連合反応(反射的な動き)	わずかに握る
III	共同運動(屈伸程度の動き)	握れるが開けない
IV	分離運動の開始	横つまみ・わずかな伸展
V	個別的な関節運動可能	いろいろなつまみ・伸展可能
VI	全運動可能	全運動可能

【資料4】脳卒中後の機能回復



復と申し上げましたが、患者様ごとに最終的な目標も変わってきますので、リハビリのプログラムも画一的なものであつてはいけないものです。ただ歩けるようになれば良いということではなく、自宅に帰って家事ができるようになる、仕事に復帰できるようにするなど、その方の社会的なゴールまで考えながら治療をすすめる必要があります。

回復期リハビリテーション病棟の役割として、私たちは「資料5」に示す6つのことが大事だと考えています。急性期病院から患者様をなるべく早くバトンタッチして、合併症などを予防しつつリハビリの軌道にうまくのせてあげる。回復期リハビリテーション病棟では一日3

時間のリハビリが受けられますが、ここで集中的に訓練して、さらにADL(日常生活動作)、つまりご飯を食べる、着替えをする、トイレに行く、歩くなど、生活上必要な動作を学びます。続いて家事動作や職業訓練、屋外での歩行、公共交通機関の利用といった生活能力を高めていきます。退院に向けては、地域のスタッフとも連携をとって、ご自宅に帰れるように支援していきます。さらに帰宅後も、その患者様がどうしたら第二の人生を有益なものにできるかということと一緒に考えていきます。

第二次世界大戦以前、日本の平均寿命はわずか45歳でした。脳卒中や脊髄損傷になつても、抗生物質もなかつたような時代ですので、ほとんどの方がおそろしくその場で亡くなつていたと思います。その中で障害を持つて生活するのは、先天性の疾患や脳性麻痺などもつ子とともたちでした。そのためこの時代は小児のリハビリテーションがとても発達したのです。第二次世界大戦が始まると、戦地でのケガで手足を切断して帰ってくる方も多く、その方たちの社会復帰をめざして、戦時中に造られた陸軍病院や海軍病院などでリハビリ施設を充実させたようです。戦後復興期には全国に炭鉱や工場が次々と造られましたが、それに伴つて労働災害も増えました。負傷兵の方、労災事故の患者さん、さらに高度成長期には交通事故で脊髄損傷や脳外傷を負う方も増えてきます。この頃には抗生物

質も出始めて、重傷を負つても生き延びることができるようになりました。すると、その後の社会復帰をどうするかという問題が生じ、成人の四肢切断・脊髄損傷・脳外傷などに対するリハビリが発達しました。

1950年くらいから1960年にかけて、公衆衛生や医療の発達によって、日本人の平均寿命は女性で55歳から70歳に、男性で50歳から65歳に、それぞれ15歳も一気にはね上がりました。そうなるが高齢疾患、とくに脳卒中の患者さんも爆発的に増えてきます。ところがこの時期にはまだ高齢者のためのリハビリ専門施設は存在しませんでした。そこで時間をかけて準備して、2000年によく回復期リハビリテーション病棟というシステムができました。ちなみに2000年まで高齢者のリハビリを行つていたのが、いわゆる「温泉病院」と呼ばれる施設です。伊豆や山梨などにありましたよね。「リハビリは温泉で」というイメージが強かつたと思いますが、それはこの時期の話です。脳卒中になつたら、自宅から遠く離れた温泉地まで行かないとリハビリが受けられないといつたいへんな時代だったのです。

回復期リハビリテーション病棟は2000年から急速に増えてきて、現在は全国に8万床あります。ですから、脳卒中になつてもリハビリの場所がないといつことはありえません。逆に8万床というと、2〜3カ所のリハビリ病院から、行きたいところを患者様が、選べる」といふ時代になつてきているのです。

日本のリハビリテーション医療の歩み

脳血管障害の後遺症にはさまざまな症状がありますが「資料2」、いちばん起こりやすいのは右側の片麻痺です。脳のどの部分がこの程度の障害かによつて症状が異なるわけですが、リハビリの領域では、この片麻痺の重症度をIからVIまでに分けて評価します(「資料3」)。Iがいちばん重い状態で、弛緩性麻痺というのは、ぶらんとしたまま動かない状態です。しかし、これらの機能が一度失われても、そのままというわけではなくて、徐々に回復していきます。回復の仕方にはかなり個人差があつて、100人いれば100通りの回復があります。ただ全員に共通しているのは、このような肩の曲線を描いて回復していくという特徴です(「資料4」)。とくに最初の3カ月は非常に大きな回復が見込める時期です。この時期こそ回復期リハビリテーション病棟に入院する意味がある期間です。さらに退院後に回復が伸びる方もいろいろあります。

脳血管障害の後遺症

脳血管障害の後遺症にはさまざまな症状がありますが「資料2」、いちばん起こりやすいのは右側の片麻痺です。脳のどの部分がこの程度の障害かによつて症状が異なるわけですが、リハビリの領域では、この片麻痺の重症度をIからVIまでに分けて評価します(「資料3」)。Iがいちばん重い状態で、弛緩性麻痺というのは、ぶらんとしたまま動かない状態です。しかし、これらの機能が一度失われても、そのままというわけではなくて、徐々に回復していきます。回復の仕方にはかなり個人差があつて、100人いれば100通りの回復があります。ただ全員に共通しているのは、このような肩の曲線を描いて回復していくという特徴です(「資料4」)。とくに最初の3カ月は非常に大きな回復が見込める時期です。この時期こそ回復期リハビリテーション病棟に入院する意味がある期間です。さらに退院後に回復が伸びる方もいろいろあります。

リハビリテーションの目的

私たちリハビリテーションの専門職は、患者様の個々の症状の程度と、それがどこまでよくなるだろうかということ予測しながら治療計画を立てます。100人いれば100通りの回

【資料5】回復期リハビリテーション病棟の役割

- ① 急性期病院から患者を迅速に受け入れる
- ② 適切な医学的管理で合併症を予防・治療する
- ③ 必要かつ十分な集中的リハビリを提供する
- ④ チームアプローチを駆使してできる限りの機能向上やADL(日常生活動作)・IADL(生活能力)の改善を図る
- ⑤ 地域と連携を取り、可能な限り自宅復帰を支援
- ⑥ 患者が社会復帰して有益な人生を築けるよう回復期だけでなく生活期も支援する

効果を確実なものにする「課題の難易度調整」とは

私たちは、適時適切な「課題の難易度調整」ということに力を入れてリハビリにあつていきます。これがうまくいくと、より早く目標を達成できたり、より高い目標を目指すようになるのですが、「課題の難易度調整」といわれても何のことかピンときませんね。例えば、私は学生時代水泳部員だったので、最初からフクロウが泳げたわけではなく、まずスイミングスクールで水中で浮くことから始め、その後バタ足で足を動かしても沈まない状態を目指しました。次に手を動かします。両手は難しいので、まず片手で泳げるようにして、それが安定したら今度は両手といった具合に、簡単な課題から徐々に難しい課題にレベルアップして初め

脳卒中の予防とリハビリテーション

て選手として活躍できるようになるわけですね。泳げない人にいきなり「泳げ」といって無理な話で、ずっと泳げないままで終わってしまう。スイミングスクールの先生が、上達の状態に応じて課題の難易度を調整していくことによって、うまく泳げるようになるのです。このようなことがリハビリの病院でも常に行われています。

例えば脳出血による右の片麻痺で、腕も足もステージⅡ、自分の意思では手足がまったく動かせない状態の患者様の例ですが、入院したての頃は、右足で自分の体重を支えることができず、理学療法士が抱き合うようにして、なんとか膝が折れないようにして立つのが精一杯でした。ところが同じ日に足首と膝を固定する装置をつけてあげると、立つだけではなくてステップを踏む練習までできるようになりました。装置で補助することによって、いろいろなパリエーションの筋肉の動きを足に学習させることができるのです。実際に足の筋肉がどれくらい動いているか測定してみると、当初はまったく筋肉の活動がなくても、理学療法士のアシストと装置でのステップ練習により、1週間後には徐々に足の筋肉の活動が始め、5週間後には膝の固定も必要なく、膝から下の装置に変え、さらに足の筋肉活動が増えました。

ちなみに、「7割くらい達成可能な課題」というのが、いちばん患者様がやる気が出て効率もよいといわれています。もう立つて歩けるのに座って練習するといった簡単な課題ではいつまでもレベルアップしないし、逆に難しく

重い脳障害でも歩けるようになったケース

40代の男性患者様のケースですが、脳梗塞がかなり広範囲に起こり、当初は歩くのは絶望的とも思われたのですが、6カ月後に退院するとき、膝から下の装置を付けて外も歩けるようになっていました。脳の障害の程度が重かったのに、なぜ歩けるようになるまで回復できたのか。実は、歩行の中枢というのは脳ではなくて脊髄の中にあるのです。脳卒中や脊髄損傷になると中枢からの命令がなくなるため歩行できなくなり、ところが、中枢からの指令だけでなく、足など末梢からのいろいろな刺激に誘発されて歩行の指令が出ることもあるのです。つまり、リハビリで強制的に繰り返し歩いていくことによって活動が再開するケースがあるのです。この患者様の場合も、脳の障害が重いにもかかわらず歩けるようになったのは、繰り返しの歩行訓練の賜物なのです。

入院中すべての時間がレベルアップのチャンス

回復期リハビリテーション病棟での一日のリハビリ時間は24時間のうちのたったの3時間です。ですから、それ以外の時間を病棟でどのように過ごすのかということがとても重要で、訓練室でがんばったからといってその後ずっと寝ていたら回復は見込めません。起床後着替えて

ざる課題では、患者様が諦めてしまいます。実際に課題の難易度をうまく調整できずに、患者様の回復が止まってしまうことはよくあります。調整をいかにしっかりと行うか、これがリハビリのすべてだと実感しています。

器具によるアシストの大切さ

少し難しい話になりますが、歩くためには股関節と膝と足首をしっかりコントロールしなければいけません。股関節には6方向、膝関節には2方向、足首には4方向の動きがあり、合計すると48通りの動きを私たちはコントロールしているわけです。ところが脳卒中で麻痺になると、これを制御するのが難しくなります。そこで、足首を固定すると運動の種類が12方向に減ります。さらに長い装置で膝も固定すると運動の種類が6方向に減ります。つまり課題がやさしくなるわけです。回復期リハビリテーション病棟に入院して間もない、まだ自分の足で立てないような状況では、足先から足の付け根までの長い装置をつけて練習していきます。次第に膝のコントロールができるようになったら、より短く、軽い装置にしていきます。このように、回復に応じて装置をうまく調整してあげることが大事です。リハビリの訓練室にはさまざまな機器がありますが、それらはすべて、私たちが患者様の課題の難易度を調整するために、一時的に使っているのです。

リハビリの訓練場所も、最初は訓練室だけ

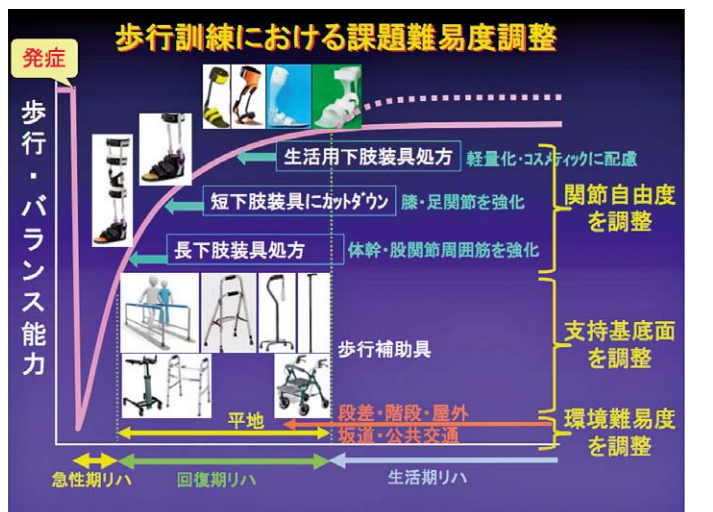
靴をはき、トイレ、洗面所に行き、食事をします。こうしたリハビリ以外の時間をすべてに介助してあげたら、結局患者様は何もやりません。自分でできることはやっていただいて、どうしてもできないところだけスタッフが手伝う、あるいは見守る。このようなことができるかどうかによって、患者様の回復度合いが変わってくるのです。

退院前後にやるべきこと

入院中は、退院後のことも見据えて、生活能力を高めるための訓練を行います。例えば外出調理、洗濯物干し、掃除機がけから、お仕事がある方はパソコンを片手で打つ訓練、自動車に乗りたい方はシミュレーターを使うなど。自信を失くしてしまっている患者様に対して、工夫をすればできるということを入院中に実感してもらい、再び自信をつけていただく、退院後もご自分の役割をつくれるようになります。

障害のある方がご自宅に帰る際には、退院までにお住まいを暮らしやすい環境にしておくことも大事です。退院する1カ月前には、患者様のご自宅に理学療法士が同行して、どこにどのような手すりをつけたらいいか、お風呂の出入りをどうするかなど実際に検証します。そして残りの1カ月間で家を改修するのです。

トイレなどに介助が必要な状況で帰る場合、ご家族もかなり負担になりますが、それを一人で支えようとすると共倒れになってしまいます。



だったのが、院内の階段を使ったり、病院の外に出たり、退院の前にはバスや電車に乗る訓練を行うなど、徐々に難しい課題にチャレンジしてもらって能力を伸ばしていきます。

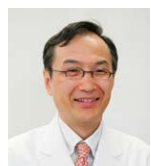
当院の理学療法室の棚には、あらゆる装置が置いてあります。患者様の回復状況に応じて適宜装置を変えていきますので、相当な種類とサイズ、数を揃えておく必要があります。皆さんもリハビリ病院を選ぶときには、ぜひ訓練室を見てみてください。このような装置が充実している施設は、課題の難易度の調整がしっかりとできていて、逆に装置が乏しい施設はあまりそれができていないのかもしれないと考えていただいてもいいかもしれません。

そうならないために、退院1週間前には、退院後にお世話するケアマネージャーと訪問リハビリのスタッフを病院に招き、退院後の生活をどのようにするか、どんな介護保険サービスを入れる必要があるのかということを検討する話し合いを行います。退院したその日から困った状況にならないように、具体的なケアプランを作って、しっかりと準備する必要があります。これも回復期リハビリテーション病棟のスタッフの大事な仕事のひとつです。

「リハビリテーション」の本当の意味

リハビリと聞くと、単なる筋力強化や歩く練習と思う方がほとんどだと思います。「リハビリテーション」という言葉は造語なのですが、日本語に訳しますと、「リ」は「戻す」と、「ハビリ」は「適した・ふさわしい」、「ーション」は「すること、つまり人間としてふさわしくない状況になったときに、もう一度ふさわしい状態に戻す」という意味なのです。欧米では「権利」「資格」「名誉」の回復というときにリハビリテーションという言葉を使ったりします。

障害は残ったが、新しい人生をどのように作りあげていくか。どういう形であれ、その人なりの社会復帰を目指すこと。これをリハビリテーションというふうに考えていただければと思います。



四谷メディカルキューブ 内科診療部長・消化器内科 伊藤 慎芳 (いとう まさよし)

東北大学医学部卒業。関東通信病院にて研修、NTT東日本関東病院消化器内科医長、NTT東日本伊豆病院内科部長を経て現職。医学博士。日本内科学会総合内科専門医、日本消化器病学会専門医・指導医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、人間ドック健診専門医・指導医、日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器がん検診学会認定医、H.pylori(ピロリ菌)感染症認定医。

【資料1】 部位ごとのがん死亡者数

	1位	2位	3位	4位	5位
男性	肺	胃	大腸	肝	膵
女性	大腸	肺	膵	胃	乳房
男女計	肺	大腸	胃	膵	肝

最新がん統計より(2019年発表の人口動態統計のがん死亡データに基づく)
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html

【資料2】 部位ごとの5年相対生存率

90%以上	前立腺(100%)、乳腺(93.9%)、 甲状腺(92.8%)
70%~90%	子宮体(85.7%)、大腸(76.6%)、 子宮頸(76.2%)、胃(74.9%)など
50%~70%	卵巣(64.4%)
30%~50%	肺(43.6%)、食道(45.9%)、肝(36.4%)
30%未満	胆嚢・胆道(28.0%)、膵(9.2%)

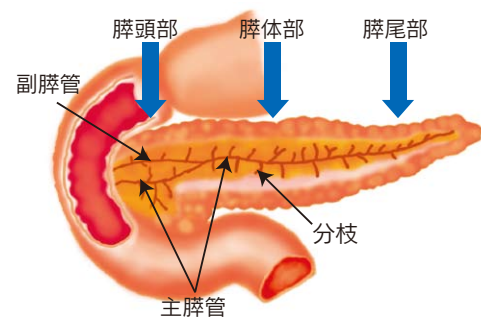
全がん協加盟がん専門診療施設の5年相対生存率
 2008-2010年診断例(2019年発表)
https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2019/0409/index.html

【資料3】 膵がんの病期(ステージ)

1期	膵内に限局し、リンパ節に転移していない
2期	腫瘍の一部が膵外に出る。リンパ節転移なしは2A期、 リンパ節転移ありは2B期
3期	腹腔動脈または上腸間膜動脈にがんの浸潤を認める
4期	肝臓、肺、腹膜、大動脈周囲リンパ節などへの遠隔転移を認める

① 膵がんはがん死亡の4位(2017年死亡者数34224人)
 現在のがん死亡の順位を部位別にみると、頻度の多いものは「資料1」のようになります。なお、男女計の3位は胃がん(2017年死亡者数45226人)ですが、胃がん死亡が減少しつつある一方で、膵がんが増加していることから、いずれ順位は逆転することが予測されています。ちなみに、他の死因についてみると同年の死亡者では、肺炎96841人、心筋梗塞34950人、自殺者20465人、交通事故死5004人などと

膵がんについて



膵臓は肝臓や胃の後ろ側にあり、重量60〜90g程度、大きさは15〜20cm程度の左右に細長い臓器です。十二指腸寄りの部分から、膵頭部、膵体部、膵尾部の3つの部分に分けられます。膵臓では膵液を分泌していますが、膵液を十二指腸に流すために膵管という管が通っています。膵管には、真

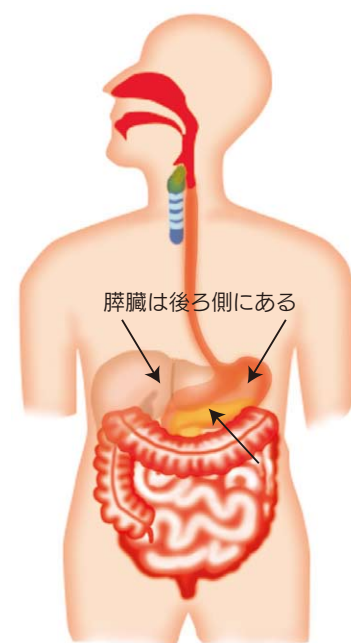
膵臓とは

膵臓は肝臓や胃の後ろ側にあり、重量60〜90g程度、大きさは15〜20cm程度の左右に細長い臓器です。十二指腸寄りの部分から、膵頭部、膵体部、膵尾部の3つの部分に分けられます。膵臓では膵液を分泌していますが、膵液を十二指腸に流すために膵管という管が通っています。膵管には、真

なっています。

② 膵がんの実際(5年生存率が低く、早期に診断される割合も低い)

5年相対生存率(IIがん)と診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、年齢・性別分布を同じくする日本人の集団と比較したときの割合)という指標をみると、全部位の平均は67.9%ですが、膵がんは9.2%と厳しい数字でした。生存率の高いものから部位別にみると、前立腺100%、乳腺93.9%、大腸76.6%、胃74.9%、肺43.6%、肝36.4%、胆嚢・胆道28.0%、膵9.2%などとなっています(資料2)。この数字は、2008〜2010年に全がん協加盟32施設で診断治



膵臓は後ろ側にある

ん中を流れる主膵管とそこから枝分かれした分枝があります。膵液には、消化のための蛋白を分解するトリプシンのもととなるトリプシノーゲン、脂肪を分解するリパーゼ、でんぷんを分解するアミラーゼといった消化酵素が含まれ、また、

胃酸を中和する重炭酸イオンも含まれています。このほか、血糖を調節するインスリンやグルカゴンなどのホルモンの分泌も行う重要な内分泌臓器の働きもあります。

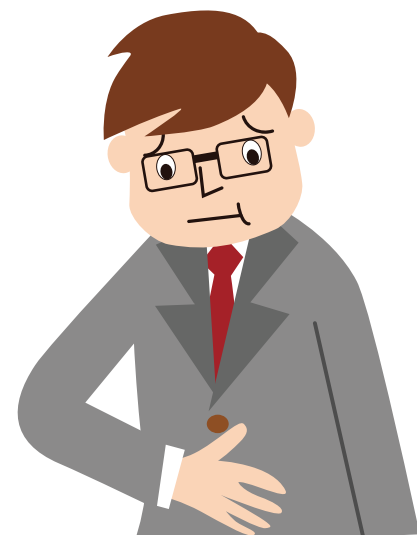
膵臓の働きが低下すると、消化不良を起こすことから下痢になったり、インスリンが不足することで糖尿病になったりします。また、アルコールの多飲や胆石などが契機となって、膵臓に炎症をおこした場合、膵液が円滑に十二指腸に流れず膵臓周囲や血液中に漏れ出すことで膵炎を生じますが、上腹部や背部が持続的に痛むようになります。

療された例の集計です。個人に当てはめることはできませんが、例えば、前立腺がんはこの集計では診断されてすぐに亡くなる方は少なく、同じ年齢構成の集団と同等の生存率を示していることが分かります。100%に近い場合は治りやすいまたは進みにくいがん、0%に近い場合は治りにくく進みやすいがんということになります。生存率は病気の進み具合(病期:ステージ)により異なります。膵がんも他のがんと同様に4期に分類されます(資料3)。手術にて切除可能とされるのはおおそ2期までです。

暴飲暴食やストレスでじわじわとダメージを受ける

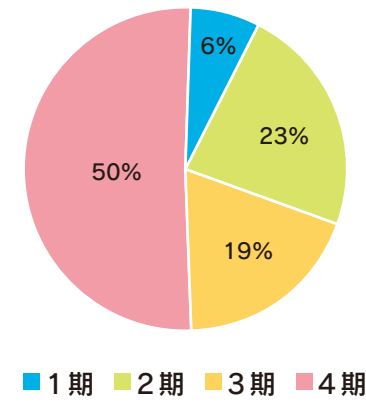
気になる臓器「膵臓」のお話

膵臓は胃の奥に隠れるように体の深部に潜み、私たちの体にとってたいへん重要な役割を果たしています。ところが、胃や大腸など他の消化器の臓器と違い、膵臓自体の不調を意識しづらく、他の臓器の痛みだと思ひ込みやすいため、異変が起きてからも初期には気づかないことが多いのです。加えて近年膵がんで命を落とした著名人が少なくないこともあり、膵臓を気にされる患者様が増えてきました。膵臓の働きや病気について、四谷メディカルキューブ内科診療部長で消化器内科専門医の伊藤慎芳先生に解説いただきます。

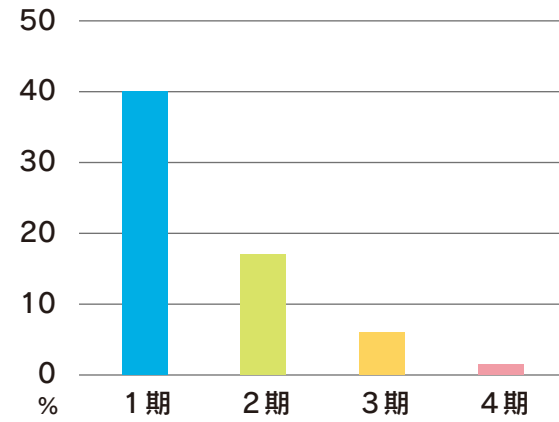


2008～2010年に診断された5005例でそれぞれの割合をみると、1期6%、2期23%、3期19%、4期50%でした【資料4】。5年相対生存率をステージごとに見ると、1期40%、2期17%、3期6%、4期1.5%となっており【資料5】。これらは、今年に発表された集計

【資料4】 膵がんの病期(ステージ)の割合



【資料5】 膵がんの5年生存率



全がん協加盟がん専門診療施設 2008-2010年診断例による集計 (2019年発表)

ではあっても約10年前に診断された例の集計です。最近では早期に発見される例が少しずつ増えており、生存率も改善傾向にあると期待されますが、がんのなかでも厳しい病気であることはご理解いただけると思います。

③ 膵がんの診断と治療

おもな症状としては、上腹部痛、背部痛、食欲低下、体重減少、黄疸、糖尿病の悪化などですが、症状発現時には病気が進んでいることが多いという問題があります。症状のない時期に見つける方法として、当施設の健診では血液検査(膵酵素、マーカー、糖尿病の指標)や画像検査(超音波検査、PET/CTなど)で何らかの疑いを拾い上げ、さらにMRIや造影CTなどの精査をお受けいただくことで早期の診断に努めております。

膵がんは病期診断のうちに、切除可能な場合は、手術が勧められます。膵頭部は頻度の高い部位ですが、この部位に限局した病変の場合には、膵頭十二指腸切除という手術になります。膵頭部は十二指腸が取り囲むようにあり、胆管も通っているため、切除してこれらをすべてつなぎなおす必要があります。従って、手術を受ける必要がある方には経験豊富な病院をご紹介します。一方、手術が難しい場合は、化学療法が中心になります。術後の補助化学療法の有効性も証明されているため、組み合わせで行われることも多いようです。現在、治療には分子標的薬も選択できるようなようになってきていますが、十分満足できるような成績には至っていないのが現状です。

す。

④ 膵がんのリスク因子

膵がんは遺伝子変異が発がんに関与していることが明らかになっています。例えば、膵がんの90%以上でKRASという細胞増殖を促進させる遺伝子に変異が認められており、他の遺伝子異常が重なることで膵がんとなるようです。また、一部の家族性膵がんについては徐々に解明が進んでおり、例えばBRCA2遺伝子異常があると膵がんリスクが3～10倍となることが分かっています。通常の診療で調べるものではありませんが、親子や兄弟姉妹に2人以上の膵がん患者がいる家系の方で膵がんが発症した場合は「家族性膵がん」とされます。膵がん全体の5～10%が該当するとされており、登録制度があり、検査やカウンセリングが受けられるようになっています。

このほかの一般的なりす因子としては、喫煙、肥満、糖尿病、慢性膵炎、膵嚢胞(膵管内乳頭粘液性腫瘍)が知られているため、禁煙や減量などリスク軽減に役立つことはお勧めしております。

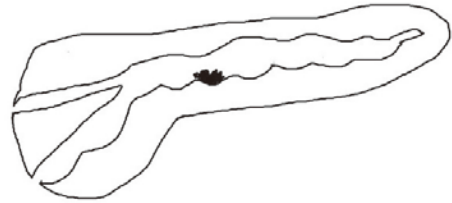
膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)

膵がんより多くの方に関係のある膵臓の病気に、「膵管内乳頭粘液性腫瘍」があります。長い名前なので英語のIntraductal papillary mucinous neoplasmの略称であるIPMNという呼称がよく用いられます。膵臓

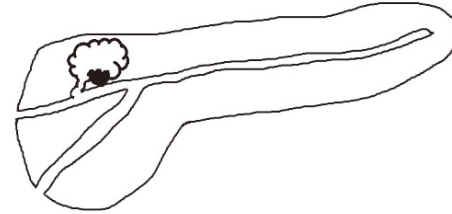
にできる嚢胞を形成する病気の一つです。嚢胞とは中に液体をためた袋という意味ですが、膵臓の場合は嚢胞を作る病気で最も多いものが、このIPMNという腫瘍です。膵管やその分枝が部分的に拡張して内部に粘液を持っている状態ですが、膵管やその分枝の上皮の細胞が腫瘍化しています。IPMNは、主膵管が拡張した「主膵管型」【資料6】と分枝が拡張した「分枝型」【資料7】の2種類に分けられます。

健診の超音波検査などの画像診断で、膵臓に嚢胞を認めた場合、この分枝型のIPMNと診断されることが多いものです。さらに、MRI検査などで膵管全体を描出し、嚢胞について客観的に大きさや形を確認し、膵管と嚢胞との関係を明らかにしますが、IPMNは嚢胞部分の腫瘍が悪性化することがあるとされ、引き続き経過観察していきます。徐々に嚢胞部分が大きくなって、3センチを越えてくる場合、嚢胞内に血流豊富な結節がある場合、主膵管が太くなって10ミリを超える場合などは、悪性化を示

【資料6】 主膵管型 IPMN



【資料7】 分枝型 IPMN



膵神経内分泌腫瘍(膵NET)

膵神経内分泌腫瘍は、膵臓に生じた神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor 以下NET)です。膵臓にある内分泌細胞が腫瘍化したもので、インスリンやガストリンなどのホルモンを分泌する場合は、そのホルモンの症状を出す機能性のもと、ホルモンを特に出さない非機能性のものがあります。

比較的特珍しい病気で、人口10万人当たり年間2～3人程度の罹患者がありますが、通常の膵がんの10分の1程度とされています。比較的緩徐な発育をしますが、悪性の場合には肝転移や肺転移を起こすこともあり、アップル創業者のステイブ・ジョブズ氏は発見されてしばらくしてから膵臓の手術やさらには肝移植まで行って、8年間療養し2011年に死亡したことで注目されました。

膵炎

膵炎についても少しだけ触れておきます。膵液は蛋白を分解する酵素を含んでいますが、通常は十二指腸に分泌されてから、消化するような仕組みがあります。これが破綻して膵臓自身

を消化してしまうようなことが起きるのが膵炎です。大量飲酒によるアルコール性膵炎が有名ですが、胆石が関係して膵液がうっ滞すると膵炎を起こします。また、膵がんやIPMNが膵炎に関与することもあります。症状は上腹部や背部の持続する疼痛で、相当強い痛みとなる場合もあります。重症化することもあるため、入院して絶食として、痛みをおさえ、点滴で水分を補い、蛋白分解酵素阻害剤を投与するなどの治療を行います。なお、胆石が原因の時は、膵液をつつ滞させている胆管末端の結石を取り除くことが有効です。

伊藤先生からのメッセージ

皆様の関心の高い「膵がん」と、画像検査でよく指摘される「膵嚢胞」などを中心にまとめてみました。

普段は自覚症状の表れにくい臓器ですが、膵臓は消化や血糖のコントロールなどで重要な役割を果たしています。1年に1回は人間ドックなどを利用して、ご自身の膵臓を含めてチェックされるのはよいことと存じます。

あなたの体の中の水は足りていますか？

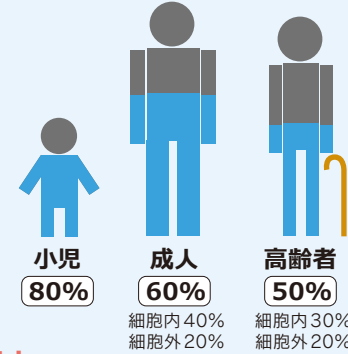
株式会社アライブメディケア
自立支援推進リーダー・介護福祉士 山田理奈

アライブケアホームの介護現場で実施している「自立支援ケア」の柱は「水分・食事・排便・運動」の4つ。つまり、しっかり水分をとって、しっかりご飯を食べて、便秘をせず、適度な運動をすること、いたってシンプルです。今日はそのうちのひとつ「水分」に焦点をあててお話を進めてまいります。

●ご自分の水不足度をチェック

まず右のチェックシートをご覧ください、あてはまるものをチェックしてみてください。

体の中の水(体液)量の割合



人間は生きていくために大量の水を体の中に蓄えています。その割合は年齢によって異なり、小児で80%、成人で約60%です。体重50kgの人は約30kgの水ということになります。ところが、年をとると体の中の水分量は50%に減っていきます。体重50kgの高齢者の場合、総水分量は25kg、つまり25ℓとなります。さらに詳しくみると、細胞の中に15ℓ、細胞の外に10ℓという配分になっています。

●高齢者が脱水にかかりやすい主な理由

- ① 筋肉が少なくなり、体の中に水分を蓄えることができなくなる**
筋肉には70%~80%の水分が蓄えられていますが、加齢に伴い筋肉量が減少するため、高齢者は体の中に十分に水分をためておくことができません。
- ② 腎臓機能の低下**
腎臓は老廃物を尿として排出する働きをしています。この働きが低下すると、同じ量の老廃物を出すために、たくさんの水分(尿)が必要になります。
- ③ 感覚機能の低下**
のどの渇きを感じにくくなります。そのため水分摂取量が減少して、脱水を起こしやすい状態になってしまいます。
- ④ 生活習慣**
昔からの生活習慣で水分をあまりとらない方もいます。またトイレが近くなるからという理由で水分摂取を控える方もいます。

●高齢者の体内の水が欠乏すると？

水分の欠乏割合1~2% → 【意識障害】

脳の覚醒水準が低下することで尿意の知覚が鈍くなり、失禁があったり、認知症症状が表れます。

水分の欠乏割合2~3% → 【発熱・循環機能に影響】

高齢者は平熱が低めのため、36.5℃を超えたら発熱と考えられます。血液が濃縮し脳梗塞の危険性が増加します。

水分の欠乏割合5% → 【運動機能(特に耐久力)低下】

手足に力が入らない、歩行時のふらつき、疲れやすい、息切れ、動悸などの症状が出ます。ちょっとした距離を歩く持続力もなくなります。

水分の欠乏割合7% → 【幻覚・せん妄の出現】

幻覚やせん妄は統合失調症などの精神病やレビー小体型認知症などにみられますが、脱水時にもみられます。

水分の欠乏割合10% → 【死亡】

ノロウイルス感染による死亡者は、ウイルスで亡くなるのではなく、脱水で亡くなっています。

参考：竹内孝仁(2017)
『新版 介護基礎学—高齢者自立支援の理論と実践』 医歯薬出版

まとめ

【目覚めの一杯、寝る前の一杯】

▶起床時には、一杯のお水で体が目覚めます。

【しっかり水分、元気な毎日】

▶お昼までに、なるべく多くの水分を飲むようにし、夕方以降は控えて、一日の中でバランスをとってください。

【一日1.5ℓの水分摂取を目安に】

▶ただし、心不全、腎不全の方は医師の指示に従ってください。

※一度にたくさんの水分をとると、腎臓に負担がかかるだけで、逆効果になります。こまめな水分摂取が重要です。のどが渇いてから飲むのでは遅いので、活動(きっかけ)の前に飲んでください。例えば、入浴前、外出前、食事前、仕事前など、それぞれのタイミングで飲む習慣をつけましょう。



参考：井野澄恵・熊谷みのり(2017)
『体の不調を治す!水飲み健康法』 宝島社

水不足チェックシート

- 少しのことで疲れる。
- 口の中が粘ついている。
- すぐに目が乾く。
- 口臭が気になる。
- 味を感じにくくなった。
- まぶたや手足の筋肉がびくびくする。
- 微熱が続いている。
- 頭痛が続いている。
- 以前よりも排尿の回数が減った。
- 甘いものをよく食べるようになった。
- 口の中が苦いと感じる。
- 肌が荒れている。
- シミがでやすい。
- かぜをひきやすい。
- なんとなくいつも体が重い。

3 個未満あてはまる
水不足の可能性は低いです。
引き続き適切な水分補給を続け健康な体を維持しましょう。

4~9 個未満あてはまる
気づかないうちに慢性的な水不足の恐れがあります。
こまめに水を飲むように心がけましょう。

10 個以上あてはまる
深刻な水不足になっている可能性が高いです。
すぐに生活習慣を見直し体を水で潤わせましょう。

ピックアップ インフォメーション

KENKO 会員セミナーのご報告

SECOM 「親子で学ぶ 老後の住まい方セミナー」

6月8日(土)、セコムグループの株式会社アライブメディケアが運営する介護付きホーム「アライブケアホーム」と、あらゆるお困りごとに対応する地域の相談窓口「セコム暮らしのパートナー久我山」による合同セミナーを開催しました。

KENKOの会員様におかれましてはご本人・ご家族の高齢化も徐々に進んでおり、老後の施設選びのご相談をお受けすることも増えつつあります。昨今は、老後にお暮らしになる場所も、「施設に移る」「最期まで自宅で生活する」「自宅と施設を行き来する」など、いろいろと選択肢が増えてきました。

本セミナーでは、ホームでの入居者様の暮らしぶりや、ホームで実際に行われている体調管理のポイントをお伝えしました。また、自宅暮らしをサポートしているセコムの実体験をもとに、自宅での生活を継続するために準備しておくべき要点をお伝えしました。当日は20名近い方が参加され、メモを取りながら熱心に聴講されている様子が印象的で、講演後も活発な質疑がありました。

以下に、それぞれの現場で働くスタッフによる講演の一部をご紹介します。



自分らしく、生活を続けるポイント

セコム株式会社 セコム暮らしのパートナー久我山
チーフコンシェルジュ 岡田邦春

「セコム暮らしのパートナー久我山」は地域のご高齢者とそのご家族の相談窓口として、2015年4月に東京都杉並区に開設されて以来、ご高齢者の日常生活におけるお困りごとを受け付け、解決のお手伝いを行っています。「住み慣れた自宅でいつまでも安心して暮らしたい」「誰にも迷惑をかけずに自分らしい生活をしたい」。日々のお手伝いの中で、こうしたご高齢者の想いに触れる場面が多くあります。抱えるご事情はそれぞれ違うものの、みなさまに共通する想いです。その想いを叶えるためには、健康面のみならず、老後の暮らし全般について考え、備えておくことが大事です。



●気軽に相談できる相手を見つける

世の中には、公的なものから民間のものまで、老後の生活をサポートしてくれる、さまざまなサービスがあります。自分に合うサービスを適切なタイミングで利用するためには、あらかじめお住まいの地域で提供されている各種サービスの情報を集め、検討しておく必要があります。が、実際には「私はまだ元気だし、何でも自分でできている」段階で、どうなるかわからない将来のことを考えられる方は、多くはありません。

そこで重要になるのが「信頼できて、困ったときに何でも気軽に相談できる相手」を持つことです。体のことを主治医に相談するように、老後の暮らし方についても「自分の代わりに動いて、必要な情報を届けてくれる相談相手」を持つことが必要です。また、それらの相談相手が「自分のことを客観的に見て意見をくれる人」であることも重要です。

コミュニケーションロボット「BOCCO」 無料モニター募集中!

「セコム暮らしのパートナー久我山」では、コミュニケーションロボット「BOCCO(ボッコ)」による「会話を楽しみながら元気になる」ための新しいサービスを提供しています。忘れがちなスケジュールや服薬タイミングのお知らせなどの声かけから、何気ない雑談の相手まで、簡単な操作で気軽におしゃべりができると、大変好評です。もちろん「BOCCO」が水分補給のタイミングも教えてくれます。

ただいまご高齢者を対象に、1カ月間の無料モニターを募集中。新しいサービスを体験してみたい方、離れて暮らす親御さんがご心配な方、ぜひお問い合わせください。



【在宅でのお困りごとのご相談・「BOCCO」モニターお問い合わせ】
セコム暮らしのパートナー久我山 TEL:0120-807-756(年中無休・24時間受付)



箱根美術館

一面の苔と紅葉のコントラストが美しい箱根美術館の庭園。まるで京都の寺院を訪れたかと錯覚するほどの趣です。

絶景を訪ねてぐるっと周遊

秋色の箱根を旅しよう

箱根は、古くからの火山活動によって形成された独特な自然の景観と、豊かな温泉が魅力の観光地です。登山鉄道・ケーブルカー・遊覧船・バスと、ユニークな交通網が揃っており、これらを使い継いで周遊するのも箱根観光の醍醐味です(箱根ロープウェイは大湧谷火口周辺立ち入り規制による一部運休に伴い代行バスを運行/2019年10月現在)。秋はぜひ箱根登山鉄道の鉄橋にご注目ください。塔ノ沢〜大平台間にかかる早川橋梁は、東海道本線天竜川橋梁の一部を移設して大正6年に完成した歴史ある鉄橋です。鉄橋の下約40mは早川が流れる急峻な峡谷で、紅葉シーズンには、景色を楽しんでもらうため列車が数秒停車するサービスもあり、気持ちが盛り上がります。町の散歩を楽しむなら、宮ノ下で下車してみましょう。明治時代に日本初の本格リゾートホテルとして富士屋ホテルが開業したことを機に、外国人向け

の商店が増え、いまもレトロモダンな雰囲気を漂わせる界隈には、アンティークショップや歴史的建物が点在しています。

強羅で箱根登山ケーブルカーに乗り換えたら、2駅めの「公園上」駅にも秋にぜひ訪れたいスポットがあります。駅からすぐの箱根美術館は、ミュージアムが多数存在する箱根でも最古の美術館で、縄文から江戸時代までの焼きものを中心に展示しています。こちらは庭園が見事なことでも知られ、広大な敷地内には約130種類の苔と200本の紅葉の苔庭、萩の道、竹庭などがあります。季節ごとに訪れるファンも多く、とくに11月には紅葉が一斉に色づく景色は圧巻です。

ケーブルカー終点の早雲山で、ロープウェイ代行バスに乗車すると、芦ノ湖畔の桃源台まで移動できます。芦ノ湖周辺は、箱根駒ヶ岳ロープウェイや、水族館のある箱根園、箱根神社や旧街道杉並木のある元箱根、箱根関所のある箱根町など、見どころが点在しています。

さて、秋の箱根ならではの景色として有名なのが、仙石原のススキです。標高1,045mの台ヶ岳の山裾に広がる草原がススキの名所として知られる場所で、9月下旬から10月下旬にかけて、一面に生い茂るススキの穂が、まるで金色の絨毯を敷きつめたように輝きます。仙石原エリアには、ポーラ美術館、箱根ラリック美術館、箱根ガラスの森美術館など、数多くのミュージアムも揃い、芸術の秋にはぜひ訪れたいスポットです。

早川橋梁と箱根登山鉄道

通称「出山の鉄橋」。現存する日本最古の鉄道橋で、国の有形登録文化財にも指定されています。



仙石原ススキ草原

草原を歩きながら、秋風に一面のススキの穂が黄金色に波打つ様が見られます。



甘酒茶屋

元箱根に向かう途中にある創業約400年あまりの老舗。古くから旅人に供された甘酒は、昔ながらの製法で作られています。力餅、みそおでんも人気。

旧街道の伝統の工芸品

箱根といえば「天下の嶮」とうたわれるほどの、東海道の難所でした。現在も畑宿から元箱根まで、県道732号沿いに続く旧街道は、一部に石畳も残り、歴史を感じるハイキングコースとして人気。畑宿は峠越えの旅人の休憩所だった場所で、寄木細工の里として有名です。寄木の技を現代風のデザインに取り入れた商品も増え、外国人観光客にも評判です。



ミクニマンスール 村上弘忠シェフの

季節の一皿 「いろいろなキノコのポタージュ」

材料(4人分)

- シメジ、エノキ、マイタケ、シイタケ……………各25g
- ポルチーニ(乾燥したものを戻す)……………5g
- タマネギ(スライス)……………50g
- エシャロット(スライス)……………25g
- 無塩バター……………小さじ1
- オリーブオイル……………小さじ1
- 塩、こしょう(白)……………1.5g
- ブイヨン……………80cc
- 生クリーム……………50cc
- 牛乳……………100cc

作り方

- 1 鍋にオリーブオイル、無塩バターを入れる。
- 2 1にタマネギ、エシャロットを加えしんなりするまでいためる。
- 3 2にシメジ、エノキ、マイタケ、シイタケを加えて火が通るまでいためる。
- 4 3に戻したポルチーニ、ブイヨンを加え5分ほど煮込む。
- 5 4をミキサーにかける。
- 6 5を鍋に移し、生クリーム、牛乳を加え、沸騰しすぎないように温め、塩、こしょうで味を整えて器に盛りつける。





信頼される安心を、社会へ。

セコム医療システム株式会社 **SECOM**

セコム健康くらぶ KENKO 会報誌 vol.50 2019年10月発行
発行所/セコム医療システム株式会社 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 1-5-1